AUS DER HAUTKLINIK DER UNIVERSITÄT ZU BRESLAU
(DIR. GEH. MED.- RAT PROF. DR. JADASSOHN)

ZUR FRAGE DER VERÄNDERUNG DES KLINISCHEN BILDES DER SYPHILIS

EIN VERGLEICH DER ERSCHEINUNGSFORMEN DER UNBEHANDELTEN FRÜHSYPHILIS IN DEN JAHREN 1878—1899 UND 1921—1926

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

IN DER

MEDIZIN UND CHIRURGIE

DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER

SCHLESISCHEN FRIEDRICH-WILHEMLS-UNIVERSITÄT
ZU BRESLAU

VORGELEGT VON

ELINE EPSTEIN
APPROBIERTE ÄRZTIN

BRESLAU 1928

VERLAGSBUCHHANDLUNG JULIUS SPRINGER IN BERLIN. 1929

Referent: Geheimrat Professor Dr. Jadassohn

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Sonderdruck aus
„Archiv für Dermatologie und Syphilis“, Bd. 157, H. 3

Die Ansicht, daß die Syphilis ihren Charakter selbst in relativ kurzer Zeit ändern kann, die bekanntlich schon *Ulrich von Hutten* ausgesprochen hat, finden wir in der Literatur immer wieder. Ganz besonders ist in den letzten Jahren viel von dem ungemein veränderten Bild der Syphilis geschrieben worden. Die meisten Autoren[1] berufen sich neben eigenen Eindrücken auf die Aussagen von *Finger*. Dieser berichtet, er habe, als er 1878 in die Klinik seines Lehrers *von Sigmund* eintrat, die Wartezimmer voll mit Patienten mit Primäraffekten, frischen Exanthemen, Rezidiven solcher, schweren gummösen Prozessen gefunden, so daß der Eindruck herrschte, daß die Syphilis eine Hautkrankheit sei. Seit dem letzten Dezennium des vorigen Jahrhunderts sei jedoch ein auffälliger Umschwung eingetreten. Allmählich, seit 1910 aber rasch, habe eine rapide Abnahme der Haut- und Schleimhauterscheinungen eingesetzt, insbesondere auch der ulcero-gummösen Prozesse. *Finger* stellt unter diesen Eindrücken die Behauptung auf, die Syphilis habe ihren Charakter als Hauterkrankung abgestreift. Diese Wandlung kann, wie das speziell *Wilmanns* ausführt, im Prinzip zurückgeführt werden: auf eine Änderung der Konstitution der Patienten (inklusive Milieueinflüsse) oder auf eine Änderung der pathogenen Eigenschaften der Spirochäten — so zwar, daß die dermotropen hinter den neurotropen usw. zurücktreten — oder auf die Behandlung der einzelnen Patienten. Dabei hebt *Wilmanns* hervor, daß diese Momente gemeinsam miteinander wirken können und müssen, und daß speziell durch die Behandlung die Spirochäten sich geändert haben können, so daß wir es jetzt allgemein mit weniger dermotropen zu tun haben. Die Voraussetzung für eine solche Annahme ist natürlich der Nachweis,

[1] Ich kann auf die sehr zerstreuten Angaben hier nicht eingehen.

daß in der Tat bei den einzelnen Patienten die durch die Behandlung nicht beeinflußte Infektion jetzt anders verläuft, als es früher der Fall war. Einen solchen Nachweis finden wir aber, soweit ich die Literatur übersehe, nirgends erbracht. Wir haben Angaben über die Häufigkeit der primären, sekundären, tertiären, latenten Syphilis, der Aortitis, der Tabes und Paralyse aus verschiedenen Zeiten und aus verschiedenen Kliniken. Daß man jetzt weniger häufig sekundären Haut- usw. Erscheinungen begegnet, kann man zunächst, wie das auch *Finger* und *Heuck* tun, darauf zurückführen, daß sich jetzt viele Infizierte schon im primären Stadium behandeln lassen, und daß die moderne Syphilistherapie in ganz anderem Maße vor sekundären Erscheinungen schützt und deren Auftreten bzw. deren Rezidive verhindert als die frühere Behandlung. Damals warteten ja viele Syphilidologen sogar prinzipiell mit der Anwendung der Spezifika biz zum Auftreten der Sekundärerscheinungen, einmal wegen der Unsicherheit der Diagnose des Primäraffektes und dann weil die Frühbehandlung den Verlauf der konstitutionellen Syphilis ungünstig beeinflussen sollte, — ein Gedanke, der auch jetzt immer wieder auftaucht.

Ein Weg, welcher es möglich erscheinen läßt, über die Änderung der Syphilis in ihren Manifestationen etwas Bestimmteres zu erfahren, als „Eindrücke" ergeben, schien der folgende zu sein. *Es mußte ein möglichst großes Material verschiedener, weit auseinander liegender Zeitabschnitte ausgewählt und in bezug auf die Erscheinungen miteinander verglichen werden.* Im Auftrag von Herrn Geheimrat *Jadassohn* habe ich das Material an Krankengeschichten, das die Breslauer Universitäts-Hautklinik besitzt, zu solchen vergleichenden Betrachtungen verwertet. Ich habe meine Erhebungen auf die *sekundäre Syphilis* beschränkt. Die behandelten Fälle konnten natürlich zu den Vergleichen nicht herangezogen werden, weil die Therapie zu den verschiedenen Zeiten eine andere war; auch anbehandelte Fälle, z. B. mit begonnenen Schmierkuren, Salvarsan- oder Wismutspritzen in geringer Anzahl, wurden von der Verwertung ausgeschlossen. Hingegen wurde eine lokale Behandlung des Primäraffektes mit desinfizierenden Mitteln nicht als spezifische Behandlung gewertet. Diejenigen Fälle der alten Jahrgänge, die mit einem Primäraffekt zur Aufnahme kamen, aus diagnostischen Gründen bis zum Auftreten der Roseola nur lokal behandelt wurden, habe ich, trotzdem sie in den Krankenblättern als sekundäre Lues geführt wurden, für meine Statistik nur als primäre Lues rubriziert und daher nicht in meine statistische Aufstellung aufgenommen. Denn die entsprechenden Fälle der letzten Jahrgänge konnten durch bessere Untersuchungsmethoden und Technik (bei positivem Spirochätenbefund, bei positiver WaR. des Blutes) gleich als Primäraffekte erkannt werden. Es konnte durch die sofort eingeleitete spezifische Behandlung entweder das Stadium des Exanthems

verhindert werden, oder die Fälle galten, wenn es zum Ausbruch des Exanthems nach Salvarsan- oder Wismutgaben kam, wie bereits gesagt, als anbehandelt und wurden deshalb nicht registriert. Die tertiäre Syphilis habe ich nicht verwertet, weil wir über diese schon Zusammenstellungen aus verschiedenen Epochen aus unserer Klinik besitzen, auf die ich später noch zurückkommen werde. Ich bin so vorgegangen, daß ich aus den Krankengeschichten von 1921—1926 alle die stationären Fälle registriert habe, die mit einer unbehandelten sekundären Lues zur Aufnahme kamen. Es handelt sich um 575 Fälle. Diesen stellte ich, der alphabetischen Reihenfolge nachgehend, aus den ältesten Krankengeschichten der Klinik, d. h. aus den Jahren 1878—1899 ebenfalls 575 Fälle von unbehandelter sekundärer Lues gegenüber. Auch hier handelt es sich zum weitaus größten Teil um stationär behandelte Kranke. Zu den alten Krankengeschichten möchte ich bemerken, daß diese an Ausführlichkeit und Genauigkeit den jetzigen Krankengeschichten in den wichtigsten Punkten kaum nachstehen. Von 1890 an sind Vordrucke verwendet worden, die in gleicher Art heute noch zur Aufnahme von Anamnese und Status dienen. Im einzelnen sind gewiß Differenzen in bezug auf die Nomenklatur von Exanthemen, auf die spezielle Würdigung gewisser Formen, auf die Registrierung vorhanden, welche aber nicht oder nicht nur von verschiedenen Anschauungen der verschiedenen Zeiten, sondern auch von der Exaktheit abhängig sind, mit welcher die Krankengeschichten geführt sind. Aus meinen Feststellungen wird zu ersehen sein, daß allen diesen Punkten eine wesentliche Bedeutung nicht zukommt. Von den beiden Gruppen der 575 Fälle wurde bei jedem einzelnen die Anamnese in bezug auf Infektionstermin, Primäraffekt und Prodromalerscheinungen genau vermerkt und der in dem Krankenblatt angeführte Status mit allen Einzelheiten notiert.

Zur Aufstellung der Listen schien es wünschenswert, eine Einteilung unter Berücksichtigung des Alters der Lues vorzunehmen. Leider ließ, wie natürlich, die Anamnese in einer großen Anzahl von Fällen, besonders bei Frauen, im Stich. In den neuen Jahrgängen hat sich diese Anzahl deutlich vermindert, was vielleicht als ein gutes Zeichen für eine bessere Selbstbeobachtung angesehen, vielleicht aber auch auf ein in der Neuzeit intensiveres Bestreben, eine möglichst exakte Anamnese aufzunehmen, zurückgeführt werden kann, da wir ja jetzt für die Prognose der Syphilis auf den Zeitpunkt des Behandlungsbeginns größeren Wert legen. Durch Zeitangaben über Auftreten des Primäraffektes oder der ersten Roseola konnte bei fehlender Infektionsanamnese retrospektiv ein Schluß auf das Alter der Lues gezogen werden. War eine rezidivierende Roseola oder ein Leukoderm beschrieben, so habe ich das Alter der Syphilis auf älter als 3 Monate angenommen. So ergab sich eine Einteilung in 3 Gruppen. Zu Gruppe I wurden alle Fälle gerechnet, deren Infektionstermin weniger als 3 Monate zurück datierte, zu Gruppe II die Fälle, deren Lues älter als 3 Monate sein mußte. All die Fälle, bei denen nichts Sicheres über das Alter der Infektion eruiert werden konnte, wurden zu Gruppe III „mit unbestimmtem Infektionstermin“ vereinigt. Die Ergebnisse

Tabelle. *Männer und Frauen.*

		Alte Jahrgänge		Neue Jahrgänge	
1	Zahl der Fälle	575 (288 Männer und 292 Frauen)		575 (208 Männer und 367 Frauen)	
		%		%	
2	Prodromalerscheinungen	45,6	(262)	45,2	(260)
3	Anzahl der noch sichtbaren Primäraffekte	31,5	(181)	21,0	(121)
	a) genital	30,4	(175)	18,6	(107)
	b) extragenital	1,0	(6)	2,4	(14)
4	Scleradenitis:				
	a) eine Drüsengruppe betreffend	19,0	(109)	40,0	(229)
	b) mehrere Drüsengruppen betreffend	71,7	(412)	48,7	(280)
5	Nur Hauterscheinungen	19,5	(112)	15,8	(91)
	Nur Schleimhauterscheinungen	18,6	(107)	21,0	(121)
	Haut- und Schleimhauterscheinungen	61,7	(355)	62,8	(361)
6	Exantheme:				
	Leichte Exantheme: Roseola	77,7	(447)	75,3	(433)
	recid., makulo-papul. Exanthem	46,9	(270)	37,4	(215)
	Papulöse Exantheme	15,5	(89)	17,2	(99)
	Papulo-squamöse Exantheme	8,9	(50)	4,7	(27)
	Verschiedene schwerere Exantheme:				
	papulo-pustulöse Exantheme	4,9	(28)	14,9	(86)
	papulo-impetiginöse Exantheme				
	corymbiforme Exantheme				
	frambösiforme Exantheme				
	Maligne ulceröse Exantheme	1,7	(10)	1,0	(6)
	Vereinzelte squamöse Efflorescenzen	0,5	(3)	0,5	(3)
	Vereinzelte impetiginöse Efflorescenzen	3,5	(20)	3,7	(21)
7	Schleimhautpapeln	63	(362)	73,0	(420)
	a) genital	31,7	(182)	40,0	(230)
	b) anal	6,6	(38)	8,9	(51)
	c) genital und anal	24,7	(142)	24,2	(139)
	Papeln der Mundschleimhaut	35,5	(204)	38,3	(220)
8	Angina specifica	23,3	(134)	27,0	(155)
9	Alopecia specifica	7,5	(43)	14,8	(85)
10	Leukoderm	11,1	(64)	10,0	(58)
11	Besonderheiten:				
	Iritis	1,2	(7)	1,0	(6)
	Zentrales Skotom	—	—	0,2	(1)
	Neuroretinitis	0,2	(1)	—	—
	Trochlearisparese	—	—	0,2	(1)
	Laryngitis specifica	0,2	(1)	1,0	(6)
	Schwerhörigkeit	0,7	(4)	0,3	(2)
	Erkrankung von Leber	0,3	(2)	0,7	(4)
	Milz	0,3	(2)	0,2	(1)
	Niere	0,2	(1)	0,2	(1)
	Genitalorgane	0,2	(1)	0,2	(1)
	Periostitis	0,9	(5)	0,2	(1)
	Arthritis	—	—	0,3	(2)
	Phlebitis	—	—	0,2	(1)

der Untersuchungen habe ich tabellarisch geordnet. Meine 1. Tabelle vereinigt alle Fälle von Syphilis bei Frauen, die 2. Tabelle bei Männern. Die Gruppen I, II, III der alten Jahrgänge, d. h. der Jahre 1878—1899 sind neben den gleichen Gruppen der neuen Jahrgänge, d. h. der Jahre 1921—1926 gesondert aufgeführt, und schließlich wurden die Ergebnisse der 3 Gruppen addiert und miteinander verglichen. Bei jeder Aufstellung wurden die Prozentzahlen auf die Gesamtzahl der Fälle der Gruppe bzw. der addierten 3 Gruppen berechnet und zuerst notiert, die absoluten Zahlen daneben gestellt. Meine 3. Tabelle vergleicht die Gesamtzahl aller Fälle der früheren Jahrgänge mit der Gesamtzahl der Fälle der neueren Jahrgänge[1].

Zuerst möchte ich eine allgemeine Bemerkung zu den Zahlen, die von mir gefunden sind, machen. Es ist nämlich sehr auffallend, daß bei gleicher Personenzahl die Verteilung der Geschlechter in den verschiedenen Zeiten eine so ungleiche ist. In den alten Jahrgängen sind unter 575 Fällen von sekundärer unbehandelter Syphilis 283 Männer und 292 Frauen, in den neuen Jahrgängen hingegen 208 Männer und 367 Frauen. Auch aus einer in letzter Zeit erschienenen Statistik über die venerischen Krankheiten in der hiesigen Klinik (*Hanna Schiwy*) geht hervor, daß die Zahl der sekundär syphilitischen Frauen (hier allerdings behandelte und unbehandelte aus der Poliklinik zusammengenommen, wobei die dann in die Klinik aufgenommenen mitgerechnet sind), die der Männer übertrifft (für die von mir bearbeitete Zeit 1021 Frauen zu 720 Männer). Daraus läßt sich natürlich keinerlei Schluß auf die tatsächliche Häufigkeit der Syphilis bei beiden Geschlechtern bzw. auf eine absolute oder relative Zunahme der Infektion bei den Frauen in der neueren Zeit ziehen. Es kommen hier außerordentlich verschiedene Momente in Frage, deren Abwägung gar nicht möglich ist. In der älteren Periode spielen z. B. die Prostituierten, die damals in der Klinik behandelt wurden, eine Rolle. Das kann die Zahl der Frauen in diesem Material vermehrt haben. Doch sind damals wohl weniger syphilitische Frauen überhaupt in die Klinik gekommen, weil sie sich mehr genierten und weil sie ihre Erkrankungen weniger beobachteten. Jetzt kann die Zahl der sekundär syphilitischen Frauen den Männern gegenüber wiederum vermehrt sein, weil diese ihre Primäraffekte viel häufiger erkennen, weil sie mehr aufgeklärt sind und deswegen häufiger schon im Primärstadium in die Klinik kommen usw.

Ich möchte nunmehr die einzelnen Erscheinungsformen der unbehandelt in die Klinik kommenden sekundären Syphilisfälle, wie ich sie in meinen Tabellen rubriziert habe, einer kurzen Betrachtung unterziehen. Ich halte mich dabei zunächst an die hier publizierte Tabelle, weil diese natürlich die größten und deshalb am ehesten verwendbaren Zahlen gibt. Ich werde aber wiederholt auf die Einzelzahlen,

[1] Ich veröffentliche hier nur diese 3. Tabelle. Die anderen stehen Interessenten in der Breslauer Dermatologischen Klinik zur Verfügung.

aus denen sich diese „Gesamtzahlen" zusammensetzen, hinweisen. Die „Einzelzahlen" sind natürlich vielfach zu klein, als daß man sie an sich statistisch verwerten könnte. Wo sie aber die gleichen Resultate ergeben wie die Gesamtzahlen, machen sie es gewiß wahrscheinlich, daß den Resultaten eine gewisse Beweiskraft zukommt.

Die *Prodromalerscheinungen* stimmen in dem alten und neuen Material merkwürdig genau überein. (Diese Übereinstimmung zeigt sich auch bei den Einzelgruppen.) Es ist nicht uninteressant, festzustellen, daß die Frauen — wie das ja den allgemeinen Erfahrungen entspricht — zahlenmäßig im Durchschnitt mehr als $^1/_3$ so häufig Prodromalerscheinungen angegeben haben als die Männer.

Unterschiede zwischen meinen beiden Hauptgruppen finden sich in bezug auf die Zahl der in dem (von mir ja allein herangezogenen) sekundären Stadium noch sichtbaren Primäraffekte (31,5 zu 21%). Wie die Betrachtung im einzelnen ergibt, beruht diese Differenz speziell auf den bei den Männern festgestellten Differenzen (besonders in der II. und III. Gruppe). Das kann wohl daran liegen, daß es jetzt doch gerade bei den Männern verhältnismäßig selten vorkommt, daß lange bestehende größere Primäraffekte vernachlässigt werden, so daß die Patienten erst mit den Sekundärerscheinungen zum Arzt kommen. Gerade die größeren Primäraffekte bleiben auch länger ins Sekundärstadium hinein erhalten. Es ist also gewiß auf äußere Gründe, nicht aber auf einen Wechsel im Verlauf der Syphilis zurückzuführen, wenn ein solcher Unterschied zwischen jetzt und früher besteht.

Die Zahl der *extragenitalen Primäraffekte* ist zu klein, als daß sie statistisch verwertet werden könnte (ihre jetzt größere Zahl könnte auch auf bessere Diagnostik zurückzuführen sein).

Merkwürdig sind die Resultate der *Drüsenuntersuchung*. Die primäre Scleradenitis wird in der neueren Zeit wesentlich häufiger angegeben als in der älteren (40% : 19%) und diese Differenz findet sich in allen Einzelgruppen bei Männern und Frauen wieder. Umgekehrt aber ist die Schwellung mehrerer Drüsengruppen in dem neueren Material wesentlich seltener als in den älteren (48,7% : 71,7%) und auch diese Differenz kehrt in allen Einzelzahlen wieder. Es ist sehr schwer, dafür eine Erklärung abzugeben. Wahrscheinlich achten die Ärzte jetzt weniger auf die multiple Drüsenschwellung, deren diagnostische Bedeutung ja früher naturgemäß viel höher geschätzt wurde als jetzt. Warum aber sollen die regionären Drüsenschwellungen jetzt häufiger sein als früher? Auf sie ist doch jedenfalls immer geachtet worden, und es ist wohl kaum ein Grund, einzusehen, warum man sie nicht in den alten Krankengeschichten ebenso exakt notiert haben sollte wie in den neuen.

In der nächsten Rubrik habe ich das Material danach geordnet, *ob nur Hauterscheinungen, nur Schleimhauterscheinungen oder ob beides*

vorhanden war. Hier sind die Gesamtzahlen auf beiden Seiten sehr gut übereinstimmend und auch die Einzelzahlen weisen nur Unterschiede auf, wie sie bei deren Kleinheit selbstverständlich sind.

Ganz gleich verhält sich die *Zahl der Exantheme* überhaupt. Besonders wichtig aber war es natürlich, diese nach ihrer Schwere zu sondern. Die leichteren Formen habe ich zunächst eingeteilt in Roseolen, rezidivierende Roseolen, maculo-papulöse Exantheme. Es hat aber wohl keine Bedeutung, diese Zahlen im einzelnen zu analysieren, da es zweifelhaft erscheint, ob die Diagnosen gerade auf diesem Gebiete immer in gleicher Weise gestellt worden sind (die größeren Zahlen der rezidivierenden Roseola in neuerer Zeit kann z. B. sehr wohl auf einer schärferen Unterscheidung dieser Formen beruhen). Nimmt man aber die erwähnten Exantheme als „leichte Exantheme" zusammen, so resultiert eine leichte Abnahme derselben in der neueren Zeit (46,9% zu 37,4%) und auch hier wird diese an sich unbedeutende Differenz dadurch akzentuiert, daß sie auch durch alle Einzelzahlen hindurchgeht.

Die papulösen und die papulo-squamösen Formen weisen ebenfalls geringe Unterschiede in beiden Serien auf, und zwar in gleichem Sinn eine Verminderung in der neueren Zeit (24,4% : 21,9%). Hier aber divergieren die Verhältnisse innerhalb der einzelnen Gruppen in verschiedener Weise, so daß man auf die erwähnte Differenz der Gesamtzahlen noch weniger Wert wird legen dürfen.

Ich habe dann eine weitere Gruppe von *schweren Exanthemformen* gebildet und unter diesen zusammengefaßt die als papulo-pustulös, papulo-impetiginös, nodös, corymbiform und frambösiform diagnostizierten. Dabei handelte es sich immer um exanthematische Formen; vereinzelte solche Efflorescenzen sind besonders gezählt. Für jede einzelne dieser Formen wäre die Zahl der Fälle zum Vergleich gar zu klein gewesen. Es ergibt sich bei den — naturgemäß noch immer viel zu spärlichen — Gesamtzahlen ein Überwiegen dieser schwereren Formen in der 2. Periode (4,9% : 14,9%). Mit einer Ausnahme (Männer, Gruppe III ganz kleine Zahl) ist diese Differenz gleichmäßig auch bei den Einzelgruppen vorhanden. Es ist daraus meines Erachtens aber nicht mit Sicherheit, zu schließen, daß diese Exanthemformen in den Jahren 1921—1926 häufiger gewesen sind als früher, denn auch hier ist es wohl möglich, daß die Diagnosen jetzt detaillierter gestellt worden sind, was z. B. vielleicht daraus hervorgeht, daß als frambösiform und corymbiform bezeichnete Syphilide in der älteren Zeit ganz fehlen.

Allerdings sind auch die pustulösen und impetiginösen Exantheme damals wesentlich seltener und das Plus der Altzeit bei den papulösen und papulo-squamösen ist so gering, daß man daraus nicht schließen kann, daß viele der pustulösen usw. Formen bei den einfach papulösen gezählt sind.

Der Anschein, als ob die schwereren Exantheme in der Neuzeit häufiger seien als in der früheren Periode, ließ an die in der Literatur mehrfach niedergelegte Anschauung denken (vgl. z. B. *Buschke*), daß in der Nachkriegszeit diese Formen häufiger waren. Ich habe deswegen noch festgestellt, wie sich die hierher gehörigen Fälle auf die verschiedenen Jahre verteilen. Dabei hat sich aber irgendein wesentlicher Unterschied für die einzelnen Jahrgänge 1921—1926 nicht ergeben. Die Prozentzahlen der schwereren Exantheme zu allen Fällen von Exanthemen betragen:

1921	= 15,4%
1922	= 20,4%
1923	= 24,7%
1924	= 26,2%
1925	= 20,0%
1926	= 17,1%

Wenn also die schwereren Formen nach dem Kriege häufiger waren, so muß diese Periode im Jahre 1921 schon zu Ende gewesen sein — oder aber sie war auch 1926 noch nicht beendet —, das aber würde doch der Anschauung *Fingers* erst recht widersprechen.

Die *maligne Lues* war in der früheren Periode etwas häufiger als in der späteren, doch sind auch hier die Zahlen (10:6) zu klein, als daß man ihnen irgendwelche Bedeutung beimessen könnte.

Bei Differenzen in der *Lokalisation der Exantheme* brauche ich mich nicht aufzuhalten.

Die *genitalen und analen Papeln* sind in neuem Material etwas häufiger (speziell bei den Männern) als im alten.

Das hat wohl ebensowenig Bedeutung wie die Differenzen bei den *Papeln der Mundschleimhaut.* Auch die immerhin beträchtliche Differenz bei den *Alopecien* wird vielleicht nur auf die größere Aufmerksamkeit zurückzuführen sein, welche diesem Symptom jetzt geschenkt wird. In diesem Sinn spricht auch, daß das der Alopecie in jeder Beziehung sehr nahe stehende Leukoderm eine solche Differenz nicht aufweist.

Von den unter 14 aufgeführten „Besonderheiten" möchte ich nur auf die *Iritis* hinweisen, welche sich in ihrer — in der Dermatologischen Klinik sehr geringen — Frequenz nicht geändert hat. Die auf Gehirnnervenerkrankung deutenden klinischen Symptome sind in beiden Perioden gleich selten.

Aus dieser Gegenüberstellung geht also hervor, daß sich die *unbehandelte sekundäre Lues jetzt klinisch in allen wesentlichen Punkten ebenso verhält wie vor 50 bis vor 30 Jahren.* Ich habe also keinen Anhaltspunkt dafür gefunden, daß die Frühlues ihren Charakter verändert hat. Gegen dieses Ergebnis kann man in erster Linie den Einwand erheben, daß das Material zu klein ist, um einen solchen negativen Schluß zu gestatten. Gewiß wäre es vorteilhaft, wenn man es noch vergrößerte. Aber man sollte doch glauben, daß, wenn wirklich wesentliche Unterschiede im Verlauf der Syphilis eingetreten wären, sich das bei dem Vergleich von je 575 Fällen jeder Periode irgendwie zeigen müßte.

Ein zweiter Einwand wäre der, daß meine Zusammenstellung sich auf Krankengeschichten stützt, die von sehr verschiedenen Assistenten angefertigt worden sind. Gewiß ist dieses Material kein ideales. Aber die Krankengeschichten geben doch das Wichtigste des Krankheitsbildes wieder. Natürlich fehlen die Vergleiche der Liquor- und der feineren Nervenbefunde. Wir wissen, daß auch die liquorpositiven, noch nicht behandelten Sekundärsyphilitischen unserer Klinik, die regelmäßig in der Nervenklinik untersucht werden, nur sehr selten objektive Symptome einer Nervenlues aufweisen. Die Seltenheit der klinischen Nervenbefunde scheint also in beiden Epochen gleich zu sein.

Wir müssen also zu dem Schluß kommen, daß die Veränderung in dem Aussehen unseres Luesmaterials, soweit es Frühfälle betrifft, nicht auf eine Veränderung im Wesen der Lues zurückzuführen ist, sondern auf Differenzen in der Zeit und in der Art der Behandlung. Es ist wohl nicht zweifelhaft, daß infolge der Aufklärungsarbeit im allgemeinen die Infizierten jetzt früher den Arzt aufsuchen, die Männer besonders häufig schon im Primärstadium, aber auch die Frauen öfter als in alter Zeit schon mit Primäraffekten und besonders mit frühen sekundären Erscheinungen. Dazu kommt, daß, woran selbst die Salvarsangegner meist nicht zweifeln, die moderne Syphilisbehandlung die Zahl der sekundären Rezidive sehr stark herunterdrückt. Es ist also ganz natürlich, daß sich das Gesamtbild der Frühlues in unseren Kliniken geändert hat. Die meisten unserer Patienten kommen wegen latenter Lues zur Fortsetzung der Behandlung, relativ wenige mit primären und frühen sekundären Symptomen, ebenfalls wenige mit sekundären Rezidiven. Wir haben aber keinen Grund, diese Änderung auf einen Wechsel im Charakter der Syphilis zurückzuführen.

Es wäre auch nicht richtig, anzunehmen, daß die unbehandelte Syphilis in der Frühzeit mehr innere und Nervenerscheinungen darbietet als früher. Dagegen spricht nicht nur meine Zusammenstellung, sondern auch die Tatsache, daß die Inneren und Nervenkliniken von einer Zunahme von Syphilisfällen in diesem frühen Stadium nichts zu berichten haben. Die Neurorezidive aber, die eventuell den Dermatologischen Kliniken entgehen könnten, kommen — auch das zeigt mein Material aus alter und neuer Zeit — ohne die Salvarsanbehandlung nur sehr selten vor. Es ist ja auch bekannt, wieviel spärlicher sie geworden sind, so daß sie jetzt in manchen Kliniken gar nicht mehr gesehen werden.

Meine Zusammenstellungen sind nicht verwertbar, um Stellung zu nehmen zu der Bemerkung *Fingers*, daß auch die tertiären Hauterscheinungen jetzt so viel seltener geworden sind als früher, was *Finger* augenscheinlich auch mit einer Veränderung der Syphilis in Zusammenhang bringt. Ich möchte aber in dieser Beziehung hinweisen auf die

Arbeit von *Hanna Schiwy*, wonach doch die tertiäre Lues der Haut in unseren Polikliniken noch keineswegs ausgestorben ist. Freilich ist ihre Zahl geringer geworden, auch im Verhältnis zur Gesamtfrequenz der Poliklinik, aber im Vergleich zur frühen Syphilis ist sie jetzt sogar wesentlich häufiger. Wenn man dabei berücksichtigt, daß nach der Zusammenstellung von *Scholz-Sadebeck* aus der hiesigen Klinik die unbehandelte Spätsyphilis im Vergleich mit den früheren Statistiken aus dieser Klinik zugenommen hat, so geht daraus hervor, daß die Syphilis, auch in bezug auf den Tertiarismus, soweit er in der hiesigen Dermatologischen Klinik zur Beobachtung kommt, sich nicht geändert hat, und zwar weder in der Form noch wohl auch in der Häufigkeit. Denn die absolut geringere Zahl kann doch sehr wohl — wenngleich noch nicht mit mathematischer Sicherheit — auf die bessere und auf einen größeren Teil von Erkrankten sich erstreckende Frühbehandlung zurückgeführt werden.

Natürlich kann auf Grund solcher Zusammenstellungen nichts ausgesagt werden über die Frage der internen Spätsyphilisformen, speziell der Aortitis, Tabes, Paralyse. Mir kam es hier nur darauf an, zu zeigen, daß die unbehandelte sekundäre Syphilis wenigstens seit den letzten 2 Jahrzehnten des vorigen Jahrhunderts (und *Finger* betont ja speziell die Zeit seit 1910) ihren Charakter weder in bezug auf die Art ihrer Haut- und Schleimhautsymptome noch in bezug auf die Häufigkeit der verschiedenen schwereren und leichteren Formen sich geändert hat.

Ich bin mir wohl bewußt, daß auch die von mir gegebenen Zahlen zu einer wirklich sicheren Entscheidung der Frage nicht genügen. Aber mein Versuch zeigt wenigstens die Möglichkeit, tatsächlich vorhandene Befunde zur Bearbeitung der Frage beizubringen, um auch auf diesem Gebiete die „Eindrücke" durch statistische Bearbeitungen zu stützen oder zu widerlegen.

Nachtrag. Nach Fertigstellung dieser Arbeit ist die Mitteilung *Bruusgaards* über das Schicksal der nicht spezifisch behandelten Luetiker (Arch. f. Dermat. **157**, 309) erschienen. Es ist nicht möglich, hier auf Vergleiche im einzelnen einzugehen. Manche Differenzen zwischen dem Material *Bruusgaards* und dem meinigen sind sehr auffallend (vgl. die Zahl der Iritiden, der meningitischen Symptome usw.). Aber auch *Bruusgaard* kommt zu der Annahme, daß die unbehandelte Syphilis heute gewiß einen von dem früheren nicht sehr verschiedenen Verlauf nimmt, trotzdem er unmittelbare Vergleiche nicht angestellt hat.

Herrn Geheimrat Prof. Dr. Jadassohn, auf dessen Anregung und unter dessen Leitung die Arbeit entstand, danke ich bestens für seine gütige Unterstützung. Desgleichen danke ich Herrn Dr. Kurt Wiener für Rat und Tat bei der Aufstellung der Tabellen.

Lebenslauf.

Als Tochter des verstorbenen Kaufmanns Adolf Epstein und seiner gleichfalls verstorbenen Ehefrau Jennie geb. Heinowitz wurde ich, *Eline Epstein*, am 2. Mai 1891 in Paris geboren, bin evangelischer Konfession und preußischer Staatsangehörigkeit. Ich besuchte die Scholz'sche Mädchenschule und das Lyzeum der Viktoriaschule in Breslau. Nach mehreren Jahren kaufmännischer Tätigkeit begann ich 1920 mit der Vorbereitung zur Reifeprüfung und bestand diese Februar 1922 an der Realgymnasialen Studienanstalt der Augustaschule, Breslau. Ich studierte an den Universitäten Breslau und Marburg. Mein medizinisches Vorexamen und Staatsexamen legte ich an der Breslauer Universität ab. Als Medizinalpraktikantin arbeitete ich an der Universitäts-Hautklinik (Geh. Prof. Dr. Jadassohn), der Medizinischen Universitäts-Poliklinik (Prof. Dr. Bittorf) und an der Frauenabteilung des Städischen Allerheiligen Hospitals (Geh. Prof. Dr. Asch) zu Breslau.

Seit Oktober 1928 bin ich approbiert. Seit 1. November 1928 arbeite ich als Volontärassistent an der Universitäts-Hautklinik Breslau.